

年 月 日

障害者控除対象者認定申請書

伊達市健康福祉部長 様

次のとおり申請します。

申請者	住所			本人との続柄	
	氏名		電話番号		
対象者	住所			性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明・大・昭	年 月 日
同意	要介護認定・要支援認定にかかる調査内容を使用することに同意します。				

- 注 (1) 申請者は、太枠内のみ記入。
 (2) 同意欄は、同意しない場合については、×を記入してください。
 (3) 申請者は、対象者の障害事由の変更・消滅が生じた場合、すみやかに認定を受けた市町村長等にその旨を報告しなければならない。
 (4) 申請者は、対象者がすでに死亡している場合は、その旨を申し出なければならない。

伊達市記入欄

基準日 ・ 喪失日		被保番号		申請日	
備考					